

## **Prevalensi dan Korelasi: Status Kesehatan Jiwa *Flourishing* dan Faktor Sosiodemografi pada Dewasa Awal**

<sup>1,3</sup>Aisyah Maulina Zjubaidi, <sup>2</sup>Rr. Arum Ariasih

<sup>1</sup> Sekolah Tinggi Kesehatan Pamentas, Jl. Pertanian Raya No. 1 10, Lebak Bulus, Cilandak, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Indonesia 12440

<sup>2</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jl. K.H. Ahmad Dahlan, Cirendeui, Ciputat Timur, Kota Tangerang Selatan, Banten, Indonesia 15419

<sup>3</sup> Pengurus Pusat Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat, Miracle Building, Perumnas Klender, Malaka Sari, Duren Sawit, Jakarta Timur, Jakarta, Indonesia 13460

Email : [aisyahmz@gmail.com](mailto:aisyahmz@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Paradigma kesehatan jiwa mengalami pergeseran dari berfokus penyakit/gangguan jiwa (model patogenik) menuju model kesehatan jiwa positif (model salutogenik) yang menekankan pada kesejahteraan dan fungsi optimal. Penelitian menggunakan desain kuantitatif potong lintang dengan *convenience sampling*. Kriteria inklusi adalah responden berusia 18-40 tahun dan bersedia mengisi kuesioner. Data dikumpulkan pada bulan September 2024 melalui kuesioner daring mencakup instrumen *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) versi Indonesia dan data sosio-demografi. Partisipan berjumlah 191 orang dari wilayah Jakarta, Bogor dan Tangerang. Ditemukan 55,5% responden dalam kategori *flourishing*, 40,3% *moderate*, dan 4,2% *languishing*. Uji *Chi-Square* menunjukkan hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kategori status kesehatan jiwa ( $p < 0,001$ ). Secara signifikan laki-laki memiliki skor *Social Well being* yang lebih tinggi; individu yang menikah menunjukkan skor total MHC-SF, *Emotional Wellbeing* dan *Social Wellbeing* yang lebih tinggi. Terdapat perbedaan skor *Emotional Wellbeing* yang signifikan pada tingkat pendidikan. Temuan ini berimplikasi pentingnya kebijakan kesehatan jiwa pada peningkatan akses dan kualitas pendidikan serta program/intervensi dukungan emosional untuk individu yang belum menikah dan intervensi untuk mengoptimalkan dimensi kesejahteraan sosial yang berperspektif gender.

**Kata kunci:** kesehatan jiwa; *flourishing*; dewasa awal

### **ABSTRACT**

The paradigm of mental health has shifted from a focus on mental disorders and illnesses (pathogenic model) to a positive mental health model that emphasizes wellbeing and optimal functioning. This research employed a cross-sectional quantitative design with convenience sampling. Data were collected through an online questionnaire consisting of the Indonesian version of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) and socio-demographic information, with a total of 191 participants. The results showed that 55.5% of respondents were classified as *flourishing*, 40.3% as *moderate*, and 4.2% as *languishing*. The Chi-Square test indicated a significant relationship between educational level and mental health status ( $p < 0.001$ ). Males had significantly higher *Social Wellbeing* scores; married individuals showed higher total MHC-SF, *Emotional Wellbeing*, and *Social Wellbeing* scores. There was also a significant difference in *Emotional Wellbeing* scores based on educational level. These findings imply the importance of upstream mental health policies focusing on improving access to and quality of education, as well as programs/interventions that provide emotional support for unmarried individuals and interventions to optimize social wellbeing dimensions.

**Keywords:** mental health; *flourishing*; young adult

## Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan sejahtera ketika individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2022). Definisi ini menggambarkan kondisi positif yang menggambarkan cara individu berpikir, merasa dan bertindak. Walaupun demikian, selama beberapa dekade paradigma kesehatan jiwa didominasi oleh model patogenik yang berfokus pada diagnosis, etiologi dan pengobatan gangguan jiwa. Dalam pandangan ini, kesehatan jiwa seringkali didefinisikan sebagai ketiadaan penyakit atau gejala psikopatologis (Fisher, 2023).

Model patogenik memiliki keterbatasan bahwa ketiadaan gejala gangguan jiwa tidak serta merta menandakan kesehatan jiwa yang optimal. Seseorang mungkin tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk depresi atau kecemasan, namun merasakan kehampaan, stagnasi dan kurang bersemangat dalam hidup (C. L. M. Keyes, 2002; Mjøsund, 2021). Paradigma tersebut mengalami pergeseran yang memandang pentingnya melihat kesehatan jiwa secara positif dengan model salutogenik yang menekankan pada kekuatan dan kondisi yang memungkinkan individu untuk berkembang (Haugan, Gørill. Eriksson, 2021). Fokus intervensi tidak hanya pada mengobati gejala atau penyakit namun juga pada membangun fungsi-fungsi yang mendukung kondisi kesehatan jiwa (Mjøsund, 2021).

Keyes mengembangkan kerangka kerja yang disebut Model Kesehatan Jiwa Dua Kontinum (MKJDK) bahwa kesehatan jiwa dan gangguan jiwa adalah dua dimensi yang berbeda namun berkorelasi (C. L. M. Keyes, 2002). Kontinum pertama mengukur kehadiran atau ketiadaan gejala/gangguan jiwa (misalnya, dari depresi berat hingga tidak ada gejala). Kontinum kedua mengukur kehadiran atau ketiadaan kesehatan jiwa positif yang menggambarkan kesejahteraan yaitu hedonik (aspek “merasa baik”) dan eudaimonik (aspek “berfungsi dengan baik”). Berdasarkan kerangka kerja tersebut, dibuatlah instrumen untuk mengetahui kondisi kesehatan jiwa positif yang disebut *Mental Health Continuum* (MHC) untuk mengetahui tiga kategori kesehatan jiwa yaitu *flourishing* (berkembang), *languishing* (merana) dan *moderate*. Individu yang *flourishing* digambarkan sebagai seseorang yang memiliki tingkat kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial yang tinggi. Kondisi *languishing* adalah kondisi yang berlawanan dengan *flourishing*, namun bukan gangguan jiwa. Individu yang *languishing* merasakan kehampaan, stagnasi atau “hidup yang mandek”. *Moderate* adalah kondisi antara ketika individu tidak *languishing*, tetapi juga tidak memenuhi kriteria untuk *flourishing*. Mereka dapat berfungsi, tetapi tidak pada tingkat optimal. (C. L. M. Keyes, 2002; C. L. M. Keyes et al., 2008).

Kesehatan jiwa positif menjadi penting dalam konteks usia dewasa awal (18-40 tahun) yang merupakan fase transisi dari masa remaja

dan pondasi untuk tahap perkembangan berikutnya. Individu pada fase ini umumnya berada pada puncak perkembangan fisik mereka, ditandai dengan energi, daya tahan dan kemampuan reproduksi yang optimal. Kondisi ini diimbangi dengan tugas perkembangan dewasa awal yang beragam dan kompleks antara lain kemampuan membentuk hubungan antar pribadi dan sosial yang bermakna, mandiri secara ekonomi maupun menentukan kehidupan sendiri, membangun keluarga serta berkontribusi pada komunitas (Arini, 2021).

Kondisi kesehatan jiwa dewasa awal yang dinilai dengan model patogenik mendeteksi 1,5-2,8% usia 15-45 tahun mengalami masalah kesehatan jiwa dan sekitar 2% berisiko depresi (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023). Kondisi ini perlu dilihat lebih lanjut karena sebagian besar populasi yang tanpa gejala bukan berarti otomatis mempunyai kondisi kesehatan jiwa optimal.

Kesehatan jiwa individu dipengaruhi faktor sosiodemografi yang mana dinamika ini kemungkinan besar juga berlaku pada populasi dewasa awal. Hasil survei di Indonesia melaporkan risiko mengalami masalah kesehatan jiwa lebih tinggi pada perempuan, individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, tidak menikah dan tidak bekerja (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023; Dewi et al., 2021).

Penelitian ini bertujuan (1) mengukur prevalensi status kesehatan jiwa *flourishing*, *moderate*, dan *languishing*; serta (2) menganalisis

hubungan antara status kesehatan jiwa dan dimensi-dimensinya dengan faktor-faktor sosio-demografi yang berpengaruh pada kondisinya.

### Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif potong lintang dengan *convenience sampling*. Data dikumpulkan melalui kuesioner daring menggunakan Google *form* dengan teknik *snowballing* pada responden dengan kriteria inklusi berusia 18-40 tahun dan bersedia menjadi responden. Kuesioner daring disebarakan pada bulan September 2024 dan direspon oleh 191 orang berasal dari wilayah (C. Keyes, 2009) Jakarta, Bogor dan Tangerang. Seluruh responden menyatakan persetujuan untuk terlibat dalam penelitian ini.

Data demografi yang diambil adalah jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Kesehatan jiwa positif diukur menggunakan versi Bahasa Indonesia dari *Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)* yang valid dan reliabel (Putra, 2023). Kuesioner MHC-SF adalah instrumen laporan diri (*self-report*) yang terdiri dari 14 item. Instrumen ini mengukur frekuensi pengalaman gejala kesehatan jiwa positif selama sebulan terakhir menggunakan skala Likert. Keempatbelas item tersebut terbagi menjadi tiga sub skala yang berbeda: yaitu aspek kesejahteraan emosi atau *emotional well being (EWB)* sebanyak 3 item, kesejahteraan psikologis atau *psychological well being (PWB)* sebanyak 6 item dan kesejahteraan sosial atau *social wellbeing (SWB)* sebanyak 5 item. Terdapat 6

pilihan jawaban untuk setiap item dalam MHC-SF yang menggambarkan seberapa sering individu mengalami kondisi yang dideskripsikan dalam setiap item dengan pilihan jawaban mulai dari tidak pernah (skor 0) hingga setiap hari (skor 5).

Skor kesehatan jiwa dihitung secara kategori dan kontinu. Skor secara kategori untuk menentukan kondisi kesehatan jiwa (*languishing*, *moderate*, *flourishing*) menggunakan algoritma standar yang dikembangkan oleh Keyes (C. Keyes, 2009). Seseorang dinyatakan *flourishing* jika mereka melaporkan mengalami setidaknya satu dari tiga gejala EWB dan setidaknya enam dari sebelas gejala fungsi positif (PWB dan SWB) “hampir setiap hari” atau “setiap hari”. Sebaliknya, seseorang didiagnosis *languishing* jika mereka melaporkan mengalami setidaknya satu gejala EWB dan setidaknya enam gejala fungsi positif “tidak pernah” atau “sekali atau dua kali” dalam sebulan terakhir. Individu yang tidak memenuhi kriteria *flourishing* maupun *languishing* dikategorikan sebagai *moderate*.

Skor sebagai data kontinu didapatkan dengan menjumlahkan skor seluruh item (14 item) dalam MHC-SF. Skor setiap sub skala didapatkan dengan cara menjumlahkan item pada masing-masing aspek kesejahteraan dalam MHC-SF. Tidak ada *cut-off point* yang ditetapkan dan skor yang lebih tinggi menandakan kondisi kesehatan jiwa yang lebih baik dan sebaliknya.

Analisis data secara deskriptif dilakukan untuk menyajikan karakteristik sosiodemografi sampel serta untuk menghitung prevalensi dari

tiga kategori kondisi kesehatan jiwa (*languishing*, *moderate*, *flourishing*). Uji *Chi-Square* digunakan untuk menguji ada atau tidaknya hubungan antara variabel sosio-demografi dengan status kesehatan jiwa. Analisis uji-t *independent* dan uji Anova digunakan untuk menilai hubungan antara skor MHC-SF dan sub skala (variabel dependen) dengan variabel sosio-demografi (variabel independen). Tingkat signifikansi ditetapkan pada  $p < 0,05$ .

## Hasil

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden adalah perempuan, tidak menikah, berpendidikan terakhir SMA dan pekerjaan utama adalah pelajar/mahasiswa. Sebagian besar berada pada kondisi *flourishing* 55,5% dan hanya 4,2% pada kondisi *languishing*. Ini menunjukkan sebagian besar responden berusia dewasa awal berada pada kesehatan jiwa optimal.

Uji *Chi-square* menemukan adanya hubungan yang sangat signifikan secara statistik antara tingkat pendidikan dan status kesehatan jiwa ( $p < 0,001$ ). Hasil ini menunjukkan bahwa proporsi individu dalam kategori *flourishing*, *moderate*, dan *languishing* berbeda secara signifikan di antara kelompok dengan tingkat pendidikan yang berbeda. Sedangkan hubungan antara status kesehatan jiwa dengan jenis kelamin, status pernikahan dan pekerjaan ditemukan tidak signifikan secara statistik ( $p > 0,05$ ).

Tabel 2 menunjukkan rata-rata skor total MHC-SF adalah 49,21 (SD 12,14), dengan

rentang skor 13-70 pada interval kepercayaan 95% 47,48– 50,94, yang mencerminkan kondisi kesehatan jiwa positif secara keseluruhan, di mana skor lebih tinggi menunjukkan kondisi kesehatan jiwa yang lebih baik. Pada sub skala EWB, skor rata-rata 10,85 (SD 3,37) menunjukkan kondisi "merasa baik" yang dirasakan responden, dengan rentang skor 1-15 dan interval kepercayaan 10,36-11,33. Sub skala SWB dan PWB masing-masing mempunyai rata-rata 15,90 (SD 5,16) dan 22,46 (SD 5,96) menunjukkan variasi kondisi "berfungsi baik" pada responden.

Analisis lebih lanjut dilakukan untuk membandingkan skor rata-rata kontinu dari MHC-SF dan sub skalanya (EWB, PWB, SWB) di antara kelompok sosio-demografi. Tabel 3 memperlihatkan adanya perbedaan yang signifikan secara statistik pada skor SWB antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki dilaporkan memiliki skor SWB rata-rata yang lebih tinggi. Laki-laki usia dewasa awal mempunyai skor MHC-SF lebih tinggi (51,27 vs 47,85,  $p=0,056$ ), menunjukkan kondisi kesehatan jiwa yang lebih baik daripada perempuan. Skor laki-laki pada semua sub skala juga lebih tinggi, namun tidak signifikan.

Tabel 3 memperlihatkan responden yang menikah memiliki skor rata-rata lebih tinggi pada MHC-SF dan seluruh sub skala, yang menunjukkan individu dengan status menikah cenderung mempunyai kondisi kesehatan jiwa lebih baik. Perbedaan signifikan ditemukan pada skor MHC-SF, EWB dan SWB.

Pada tingkat pendidikan responden terdapat perbedaan yang signifikan pada skor MHC-SF dan sub skala EWB dan SWB (Tabel 3). Responden dengan pendidikan SMP mempunyai skor terendah, sedangkan S2/S3 mempunyai skor tertinggi.

## Pembahasan

Studi ini menemukan lebih banyak responden berada pada kondisi *flourishing*. Prevalensi ini berbeda dengan temuan riset lainnya yang menyatakan kondisi mayoritas adalah *moderate* (Noveyani et al., 2024; Nur Shabrina et al., 2021) namun sejalan dengan penelitian sebelumnya (Arpina & Rahimsyah, 2021; Guo et al., 2018). Kondisi *flourishing* menggambarkan kesehatan jiwa yang optimal dengan hadirnya emosi positif, kemampuan berfungsi yang baik secara psikologis dan sosial yang ditandai dengan tingginya *well being* pada kontinum kesehatan jiwa. Berdasarkan MKJDK, kondisi kesehatan jiwa terbaik adalah *flourishing* dan bebas dari gejala masalah/gangguan jiwa (pada kontinum patologik). Namun, tidak tertutup kemungkinan kondisi *flourishing* dirasakan orang dengan gangguan jiwa seperti psikosis/skizofrenia (R. C. H. Chan et al., 2018; Oh et al., 2022) dan gangguan bipolar (Fowler & Dooley, 2023). Kondisi *flourishing* pada orang dengan masalah kejiwaan tampaknya memiliki pengaruh positif, antara lain berperan sebagai *buffer* antara kondisi depresi dan pikiran bunuh diri (Oh et al., 2024) dan mempercepat proses pemulihan pasien

gangguan kecemasan (Schootanus-Dijkstra et al., 2019).

Kehadiran *flourishing* pada mayoritas responden merupakan keadaan yang sangat baik yang memungkinkan mereka memenuhi tugas perkembangan dewasa awal.

Kondisi *languishing* pada responden yang walaupun prevalensinya kecil (4,2%) namun perlu mendapat perhatian karena menggambarkan kondisi jiwa yang memprihatinkan. Orang dengan kondisi *languishing* bisa saja tidak mempunyai atau minim gejala masalah/gangguan jiwa (kontinum patologik) tetapi kurang merasakan emosi positif dan merasa kurang mampu berfungsi secara psikologis dan sosial. Penelitian pada pekerja kesehatan di Turki menemukan kondisi *languishing* berkorelasi dengan rendahnya kinerja dan kepuasan pada pekerjaan (Aydın & Demir, 2025). Sementara itu, penelitian dengan responden usia 18-29 tahun, *languishing* merupakan prediktor risiko lebih tinggi untuk memiliki pemikiran bahkan perilaku bunuh diri (Oh et al., 2024). Kondisi *languishing* yang dikombinasikan dengan adanya masalah/gangguan jiwa merupakan kesehatan jiwa paling buruk. Hadirnya *languishing* pada usia dewasa awal yang seharusnya produktif, dapat mengancam kemampuannya memenuhi tugas perkembangannya.

Kondisi kesehatan jiwa *moderate* yang berada di antara *flourishing* dan *languishing* menunjukkan individu merasakan kesejahteraan emosi, sosial dan psikologis, namun pada kondisi

yang tidak optimal. Beberapa kemungkinan kondisi *moderate* antara lain EWB dan PWB cukup tinggi namun rendah di SWB; hanya PWB; atau EWB yang cukup tinggi (Chan, M. et al., 2022). Pada berbagai variasi tersebut, individu yang *moderate* mampu menjalankan fungsi sehari-hari namun mengalami kondisi *distress*. Kondisi *moderate* berisiko bergeser ke arah *languishing* jika minim upaya intervensi untuk memperbaiki.

Penelitian ini menemukan skor SWB laki-laki secara signifikan lebih tinggi dibandingkan perempuan. Fenomena ini dapat diinterpretasikan melalui pandangan peran sosial dan norma budaya di Indonesia yang mana laki-laki sering kali diidentifikasi dengan peran publik sebagai pencari nafkah utama dan pemimpin, sementara perempuan lebih banyak berperan dalam ranah domestik sebagai pengasuh dan pengelola rumah tangga (Maulida, 2021; P. Nugraha & Haryani Susilastuti, 2022). Peran publik yang lebih banyak diberikan pada laki-laki dapat meningkatkan persepsi kontribusi sosial (merasa diri berharga bagi masyarakat) dan integrasi sosial (merasa menjadi bagian dari komunitas yang lebih luas), yang merupakan dua dari lima dimensi SWB (Faradiba et al., 2023).

Skor SWB yang lebih rendah pada perempuan Indonesia dapat saja dipengaruhi ketidaksetaraan gender (Sulistiyowati, 2021) termasuk pada akses terhadap pendidikan tinggi, partisipasi angkatan kerja formal, dan representasi dalam posisi profesional (“Invest. Oppor. All,” 2019). Selain itu, perempuan di

Indonesia juga rentan mengalami tekanan sosial dan kekerasan yang dapat memicu masalah atau gangguan jiwa seperti depresi dan kecemasan (Komnas Perempuan, 2023)

Skor SWB yang lebih tinggi pada laki-laki kemungkinan merefleksikan peran sosial tradisional yang memberikan keunggulan dalam aspek-aspek kesejahteraan sosial tertentu, seperti laki-laki lebih terlibat atau diakui kontribusinya dalam komunitas yang lebih luas. Skor SWB yang lebih tinggi pada laki-laki tidak serta-merta berarti mereka memiliki hubungan interpersonal yang lebih baik, melainkan mencerminkan persepsi mereka yang lebih kuat mengenai fungsi dan posisi mereka dalam struktur sosial yang lebih luas. Penelitian lain justru mengungkap masalah pada norma maskulinitas yang membuat laki-laki merasa kesepian dan mengalami kesulitan mengakses bantuan (Nordin et al., 2024).

Penelitian ini menemukan perbedaan signifikan skor total kesehatan jiwa yang lebih tinggi pada individu yang menikah daripada yang tidak menikah. Temuan ini sejalan dengan berbagai penelitian sebelumnya bahwa individu yang menikah mempunyai kondisi kesehatan jiwa yang lebih baik (Diendra, 2020; Hossain & James, 2022; Kravdal et al., 2023) dan berisiko lebih rendah untuk mengalami masalah kesehatan jiwa (Bezerra et al., 2021; Jace & Makridis, 2021). Studi di Indonesia menemukan proporsi gejala depresi 5,9% lebih rendah pada individu yang menikah dibandingkan individu yang belum menikah (Kautsar et al., 2024). Temuan ini

diperkuat dengan perbedaan skor EWB (merasa lebih bahagia dan puas) dan SWB (merasa lebih terintegrasi dan berkontribusi secara sosial) yang secara signifikan lebih tinggi pada individu menikah. Lebih jauh, penelitian-penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kondisi kesehatan jiwa berhubungan dengan kemampuan individu yang menikah dalam mengelola emosi (Haase, 2023), merasa lebih bahagia (Liu & Hsieh, 2024) dan merasa puas pada pasangannya (Downward et al., 2022).

Faktor sosiodemografi berikutnya adalah tingkat pendidikan sebagai satu-satunya yang menunjukkan hubungan signifikan dengan status kesehatan jiwa secara kategori ( $p < 0,001$ ). Seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung mempunyai status kesehatan jiwa yang lebih baik. Studi di China menemukan bahwa tingkat pendidikan memiliki efek perlindungan yang kuat terhadap kesehatan jiwa di mana setahun tambahan waktu bersekolah dapat meningkatkan skor kesehatan jiwa sebesar 0,14 standar deviasi (T. Wang, 2022). Sebaliknya, pendidikan yang lebih tinggi menurunkan kemungkinan seseorang mengalami gejala depresi atau kecemasan (Magakwe et al., 2025), bahkan tambahan satu tahun pendidikan dapat mengurangi kemungkinan gejala depresi sebesar 11,3% dan gejala kecemasan sebesar 9,8% (Kondirolli & Sunder, 2022). Perbedaan skor EWB pada tingkat pendidikan juga ditemukan signifikan. Suatu penelitian di Swedia menemukan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan terpenuhinya kebutuhan

rasa “kompetensi” (memiliki kemampuan) sehingga individu akan bisa mendapatkan pekerjaan dan penghasilan yang lebih baik yang berkontribusi pada emosi sejahtera (Fors Connolly & Lindh, 2025). Pendidikan juga berhubungan dengan dapat meningkatnya *sense of control* seseorang pada kehidupan, kemampuan mempertahankan gaya hidup sehat, kepuasan hidup serta lebih percaya diri pada masa depan (W. Wang et al., 2018).

Secara umum, hasil penelitian ini menunjukkan kondisi kesehatan jiwa dewasa awal yang cukup optimis karena sebagian besar responden berada pada kondisi *flourishing*. Individu berjenis kelamin laki-laki, menikah dan berpendidikan tinggi adalah yang paling banyak mengalami kondisi *flourishing*. Adanya kondisi *moderate* dan *languishing* menegaskan pentingnya terus melakukan upaya-upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa agar kondisi dapat diperbaiki dan ditingkatkan. Upaya promotif dapat difokuskan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan keterampilan hidup (*life skills*) sedangkan upaya preventif untuk mengenali dan menangani secara dini gejala masalah kejiwaan yang muncul. Implikasi praktis selanjutnya adalah perlunya menetapkan kebijakan kesehatan jiwa agar 1) melakukan intervensi pada aspek hulu kesehatan yaitu pendidikan mengingat perannya yang dominan sebagai prediktor *flourishing*, 2) merancang intervensi kesehatan jiwa yang sadar gender mengingat laki-laki dan perempuan membangun dan merasakan *social wellbeing* mereka secara

berbeda. Program untuk laki-laki mungkin perlu lebih fokus pada penciptaan ruang aman untuk koneksi emosional, sementara program untuk perempuan pada penguatan dan pemanfaatan jaringan komunal yang sudah ada. Secara bersama, intervensi-intervensi ini akan menunjang kondisi pernikahan yang dapat menjadi prediktor kesehatan jiwa.

Penelitian ini menambah khasanah pengetahuan yang masih terbatas di Indonesia tentang kondisi kesehatan jiwa pada dewasa awal dari sudut pandang kontinum kesehatan jiwa positif beserta faktor sosio-demografinya. Penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan yaitu menggunakan *convenience sampling* dengan jumlah responden tidak terlalu besar sehingga hanya sebagian kecil karakteristik dewasa awal terwakili, hanya mengukur satu kontinum kesehatan jiwa dan faktor sosiodemografi terbatas. Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan metode *sampling* yang lebih representatif untuk responden dewasa awal, mengukur dua kontinum kesehatan jiwa dan menambahkan faktor psikologi dan sosio-demografi lainnya.

### **Kesimpulan dan Saran**

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden dewasa awal di Indonesia berada pada status kesehatan jiwa *flourishing*, diikuti oleh *moderate* dan hanya sebagian kecil yang *languishing*. Faktor sosio-demografi seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, dan jenis kelamin terbukti memiliki

hubungan yang signifikan dengan status kesehatan jiwa dan dimensi-dimensinya. Temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan kesehatan jiwa positif yang berfokus pada penguatan kesejahteraan emosional dan sosial, serta mendorong perumusan kebijakan kesehatan jiwa yang bersifat promotif dan preventif melalui peningkatan kualitas pendidikan, intervensi dukungan emosional yang berperspektif gender bagi individu yang belum menikah, dan penguatan peran keluarga serta relasi pasangan sebagai sumber dukungan sosial. Penelitian ini juga menyoroti perlunya studi lanjutan dengan cakupan populasi yang lebih luas dan pendekatan longitudinal untuk memperkaya pemahaman mengenai dinamika kesehatan jiwa pada kelompok dewasa awal.

### Ucapan Terimakasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam pengisian kuesioner penelitian ini.

### Daftar Pustaka

- Arini, D. P. (2021). Emerging Adulthood : Pengembangan Teori Erikson Mengenai Teori Psikososial Pada Abad 21. *Jurnal Ilmiah Psyche*, 15(01), 11–20. <https://doi.org/10.33557/jpsyche.v15i01.1377>
- Arpina, S. W., & Rahimsyah, A. P. (2021). Gambaran Umum Kecenderungan Kesehatan Mental Mahasiswa. *Journal of Innovative Counseling : Theory, Research & Practice*, 5(2), 47–59.
- Aydın, D., & Demir, Ö. (2025). The Effects of Mental Languishing on the Work Life of Healthcare Workers. *Fiscaoeconomia*, 9(2), 1072–1087. <https://doi.org/10.25295/fsecon.1604078>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, (BKPK). (2023). Laporan Survei Kesehatan Indonesia 2023. In *Laporan resmi dari BKPK, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Bezerra, H. de S., Alves, R. M., Nunes, A. D. d., & Barbosa, I. R. (2021). Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Reviews*, 42(August), 1–12. <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
- Chan, M. ki, Furlong, M. J., Nylund-Gibson, K., & Dowdy, E. (2022). Heterogeneity Among Moderate Mental Health Students on the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *School Mental Health*, 14(2). <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09476-0>
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing with Psychosis: A Prospective Examination on the Interactions between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 44, Issue 4). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120>

- Dewi, Y., Relaksana, R., & Siregar, A. Y. M. (2021). Analisis Faktor Socioeconomic Status (SES) Terhadap Kesehatan Mental: Gejala Depresi di Indonesia Analysis the Effect of Socioeconomic Status (SES) Factors on Mental Health: Depressive Symptoms in Indonesia. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5. <https://doi.org/10.1007/s10902-025-00939-8>
- Diendra, M. (2020). Perbedaan Kesehatan Mental Ditinjau Dari Status Pernikahan Pada Dewasa Awal Di Kota Surabaya. In *Universitas Airlangga* (Vol. 10).
- Downward, P., Rasciute, S., & Kumar, H. (2022). Mental health and satisfaction with partners: a longitudinal analysis in the UK. *BMC Psychology*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00723-w>
- Faradiba, A. T., Paramita, A. D., Triwahyuni, A., & Purwono, U. (2023). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum Short-Form. *Bulletin of Counseling and Psychotherapy*, 5(1), 49–57. <https://doi.org/10.51214/bocp.v5i1.422>
- Fisher, H. L. (2023). Editorial: Salutogenic mental health science—A phoenix rising from the pathogenic ashes of psychiatry? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 64(11), 1529–1531. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13890>
- Fors Connolly, F., & Lindh, A. (2025). Socioeconomic Status, Need Fulfillment, and Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 26(6). <https://doi.org/10.1007/s10902-025-00939-8>
- Fowler, K., & Dooley, K. E. (2023). Positive mental health in adults with bipolar disorder: exploring social support subtypes, negative social interactions and potential to flourish. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05244-3>
- Guo, C., Tomson, G., Keller, C., & Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5133-2>
- Haase, C. M. (2023). Emotion Regulation in Couples Across Adulthood. *Annual Review of Developmental Psychology*, 5(1), 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-120621-043836>
- Haugan, Gørill, Eriksson, M. (Ed). (2021). Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. In *Open Access*. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2129669>
- Hossain, B., & James, K. S. (2022). Association between poor self-reported health and unmarried status among adults: examining the hypothesis of marriage protection and marriage selection in the Indian context. *BMC Public Health*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14170-0>
- Investing in Opportunities for All. (2019).

- Investing in Opportunities for All.*  
<https://doi.org/10.1596/31937>
- Jace, C. E., & Makridis, C. A. (2021). Does marriage protect mental health? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Social Science Quarterly*, 102(6), 2499–2515. <https://doi.org/10.1111/ssqu.13063>
- Kautsar, A., Widiani, D., Tarani, N. P. M., Wulandari, G., & Siregar, A. Y. M. (2024). Marriage and Economic Status as Predictors of Depressed Symptoms. *Economics and Finance in Indonesia*, 70(1), 1–16. <https://doi.org/10.47291/efi.2024.01>
- Keyes, C. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *American Journal of Public Health*, 100(12).
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3). <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics (United Kingdom)*, 31(S2), 22–39. <https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- Kraval, Ø., Wörn, J., & Reme, B. A. (2023). Mental health benefits of cohabitation and marriage: A longitudinal analysis of Norwegian register data. *Population Studies*, 77(1), 91–110. <https://doi.org/10.1080/00324728.2022.2063933>
- Liu, H., & Hsieh, N. (2024). Marital status and happiness during the COVID-19 pandemic. *Journal of Marriage and Family*, 86(2), 473–493. <https://doi.org/10.1111/jomf.12956>
- Magakwe, T. S. S., John, E. E., Daniel-Nwosu, E., Ogiemudia, O. M. H., Ike, O. O., Ogbonna, G. O., dos Santos, I. I. d’Alva B., Westbrook, N., Amaechi, O. U., Uzuegbu, U. E., Kwarteng, M. A., Esemé, N. J., Mulondo, M., Mashige, K. P., Ekpenyong, B. N., Ezinne, N. E., Meribe, N., Agho, K. E., & Osuagwu, U. L. (2025). Association between educational attainment and mental health conditions among Africans working and studying in selected African countries. *Scientific Reports*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-05831-2>
- Maulida, H. (2021). Perempuan dalam Kajian Sosiologi Gender: Konstruksi Peran Sosial, Ruang Publik, dan Teori Feminis. *Journal of Politics and Democracy*, 1(1), 71–79. <https://doi.org/10.61183/polikrasi.v1i1.6>
- Mjøsund, N. H. (2021). A salutogenic mental health model: Flourishing as a metaphor for good mental health. In *Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Research*

- (pp. 47–59). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_5)
- Nordin, T., Degerstedt, F., & Granholm Valmari, E. (2024). A Scoping Review of Masculinity Norms and Their Interplay With Loneliness and Social Connectedness Among Men in Western Societies. *American Journal of Men's Health*, 18(6). <https://doi.org/10.1177/15579883241304585>
- Novayani, A. E., Haryanik, M. A. P., Efita, W., & Sari, D. Y. (2024). Mental Health Screening and Its Correlation to Academic Self-efficacy Among Public Health Students. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 20, 195–200. <https://doi.org/10.47836/mjmhs.20.s9.32>
- Nur Shabrina, F., Sigumonrong, G. E. R., Isnandini, N., & Alya Eka Putri, S. (2021). Distres sebagai Mediator antara Resiliensi dan Well-being pada Dewasa di Indonesia. *Psikologika: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 26(2). <https://doi.org/10.20885/psikologika.vol26.iss2.art6>
- Oh, H., Banawa, R., Zhou, S., Smith, L., & Koyanagi, A. (2022). Flourishing and psychotic experiences among college students in the United States: findings from the healthy minds study 2020. *Journal of Positive Psychology*, 17(5). <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1975162>
- Oh, H., Jacob, L., Soffer-Dudek, N., Shin, J. Il, Smith, L., Besecker, M., Leane, E., & Pickering, T. A. (2024). The synergy of depression and flourishing/languishing on suicidal thoughts and behaviors: Findings from a national sample of emerging adult students in higher education in the United States. *PLoS ONE*, 19(8 August), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309020>
- P. Nugraha, S., & Haryani Susilastuti, D. (2022). Peran Gender Kontemporer di Indonesia - Perubahan dan Keberlanjutan: Studi Pustaka. *Psikologika: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 27(2), 351–378. <https://doi.org/10.20885/psikologika.vol27.iss2.art9>
- Perempuan, K. (2023). *Catatan Tahunan Komnas Perempuan*.
- Putra, R. F. N. P. (2023). Adaptasi Mental Health Continuum – Short Form Bahasa Indonesia. *Psychocentrum Review*, 5(2). <https://doi.org/10.26539/pcr.521768>
- Schotanus-Dijkstra, M., Keyes, C. L. M., de Graaf, R., & ten Have, M. (2019). Recovery from mood and anxiety disorders: The influence of positive mental health. *Journal of Affective Disorders*, 252(November 2018), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.051>
- Sulistiyowati, Y. (2021). KESETARAAN GENDER DALAM LINGKUP PENDIDIKAN DAN TATA SOSIAL. *IJouGS: Indonesian Journal of Gender Studies*, 1(2).

<https://doi.org/10.21154/ijougs.v1i2.2317>  
 Wang, T. (2022). The impact of education on mental health: evidence from compulsory education law in China. *Applied Economic Letters*.  
 Wang, W., Dong, Y., Liu, X., Zhang, L., Bai, Y., & Hagist, S. (2018). The more educated, the

healthier: Evidence from rural China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15122848>  
 WHO. (2022). World Mental Health report. *World Health Organization*.

Tabel 1 Hubungan Antara Demografi Responden dengan Status MHC-SF

Variabel	Frekuensi (N=191)	MHC-SF			p-value
		Languishing	Moderate	Flourishing	
<b>Jenis Kelamin</b>					
Perempuan	115 (60,2%)	7 (6,1%)	48 (41,7%)	60 (52,2%)	0,201
Laki-laki	76 (39,8%)	1 (1,3%)	29 (38,2%)	46 (60,5%)	
<b>Status Pernikahan</b>					
Tidak Menikah	157 (82,2%)	7 (4,5%)	65 (41,4%)	85 (54,1%)	0,703
Menikah	34 (17,8%)	1 (2,9%)	12 (35,3%)	21 (61,8%)	
<b>Pendidikan</b>					
SMP	1 (0,5%)	1 (100%)	0	0	<0,001
SMA	121 (63,4%)	6 (5%)	43 (35,5%)	72 (59,5%)	
Diploma/S1	62 (32,5%)	1 (1,6%)	32 (51,6%)	29 (46,8%)	
S2/S3	7 (3,7%)	0	2 (28,6%)	5 (71,4%)	
<b>Pekerjaan</b>					
Pelajar/mahasiswa	76 (39,8%)	0	29 (38,2%)	47 (61,8%)	0,427
Pegawai swasta	65 (34%)	5 (7,7%)	27 (41,5%)	33 (50,8%)	
Pegawai pemerintah	13 (6,8%)	0	6 (46,5%)	7 (53,8%)	
Wiraswasta	8 (4,2%)	0	4 (50%)	4 (50%)	
Freelance	6 (3,1%)	1 (12,5)	3 (50%)	3 (50%)	
Ibu Rumah Tangga	8 (4,2%)	2 (13,2%)	3 (37,5%)	4 (50%)	
Lainnya	15(7,9%)	8 (4,2%)	5 (33,3%)	8 (53,3%)	
<b>Total</b>	191 (100%)	8 (4,2%)	77 (40,3%)	106 (55,5%)	

Tabel 2 Skor MHC-SF dan Loading Factor MHC-SF

Variabel	No. item	Mean	SD	Min	Max	95%CI
MHC-SF (Total)	1-14	49,21	12,14	13	70	47,48-50,94
Emotional Wellbeing (EWB)	1-3	10,85	3,37	1	15	10,36-11,33
Social Wellbeing (SWB)	4-8	15,90	5,16	3	25	15,16-16,63
Psychological Wellbeing (PWB)	9-14	22,46	5,96	4	30	21,61-23,31

Tabel 3 Hubungan antara Demografi Responden dengan Skor MHC-SF dan Loading Faktor MHC-SF

Variabel	MHC-SF			EWB			SWB			PWB		
	Mean	SD	<i>p-value</i>	Mean	SD	<i>p-value</i>	Mean	SD	<i>p-value</i>	Mean	SD	<i>p-value</i>
<b>Jenis Kelamin</b>												
Perempuan	47,85	12,71	0,056	10,47	3,47	0,063	15,12	5,58	<b>0,007</b>	22,25	6,14	0,544
Laki-laki	51,27	10,99		11,40	3,17		17,07	4,22		22,78	5,70	
<b>Status Pernikahan</b>												
Tidak Menikah	48,37	12,11	<b>0,04</b>	10,61	3,31	<b>0,037</b>	15,48	5,23	<b>0,016</b>	22,28	5,95	0,356
Menikah	53,08	11,68		11,94	3,48		17,82	4,40		23,32	5,99	
<b>Pendidikan</b>												
SMP	19	-	0,05	4	-	<b>0,029</b>	6	-	0,196	9	-	0,076
SMA	49,41	12,57		10,98	3,35		15,67	5,38		22,75	6,3	
Diploma/S1	48,69	11,18		10,41	3,35		16,38	4,67		21,88	5,19	
S2/S3	54,71	6,62		13,28	2,21		16,85	4,74		24,57	4,07	
<b>Pekerjaan</b>												
Mahasiswa/pelajar	50,78	10,51	0,762	11,13	2,99	0,925	16,77	4,69	0,453	22,88	5,37	0,927
Pegawai swasta	48,16	13,69		10,55	3,64		15,2	5,78		22,41	6,34	
Peg. pemerintah	51,3	9,56		11,30	2,83		16,84	4,72		23,15	4,56	
Wiraswasta	46,12	15,96		11,12	4,15		14,12	6,03		20,87	8,77	
Freelance	48,33	11,34		11,16	4,3		15	5,32		22,16	3,86	
Ibu Rumah Tangga	47,37	15,65		10,25	3,77		16,37	5,8		20,75	7,36	
Lainnya	46,93	11,92		10,33	3,92		14,73	3,95		21,86	7,06	